



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण  
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4  
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 44]

नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934

No. 44]

NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

(अन्य पक्ष प्रबंधक-स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2013

फा. सं. आईआरडीए/आरईजी/9/67/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, यथा :-

संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

1.(1) ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (अन्य पक्ष प्रबंधक - स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2012 कहलाएँगे।

(2) ये विनियम सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख को प्रभावी होंगे।

2. टीपीए के लाइसेंसीकरण के लिए शर्तें और क्रियाविधि

(ii) विनियम 3(7) निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) अपनी प्रदत्त शेयर पूँजी के 5 प्रतिशत से अधिक शेयरधारिता में परिवर्तन के लिए प्राधिकरण के पूर्व अनुमोदन की माँग करेगा चाहे उक्त परिवर्तन नये अथवा वर्तमान शेयरधारकों को मौजूदा शेयरों के अंतरण के रूप में हो अथवा शेयरों के नये निर्गम के तौर पर हो। इस प्रकार के परिवर्तन के अनुमोदन के लिए आवेदन टीपीए द्वारा प्राधिकरण को फार्म टीपीए-5 में किया जाएगा। सभी टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-5अ में एक विवरणी अपनी शेयरधारिता का स्वरूप निर्दिष्ट करते हुए प्रत्येक तिमाही की समाप्ति से 30 दिन के भीतर दाखिल की जाएगी।"

स्पष्टीकरण- उस उप-विनियम के प्रयोजन के लिए "कार्यशील पूँजी" का अर्थ संगणना की तारीख को चालू परिसंपत्तियों और चालू देयताओं के कुल योग के बीच का अंतर है।

(iii) विनियम 8(1) के बाद निम्नलिखित विनियम निम्नानुसार निविष्ट किये जाते हैं

"8 (1अ) प्रत्येक टीपीए नये मुख्य कार्यपालक अधिकारी अथवा मुख्य प्रशासनिक अधिकारी अथवा निदेशक की नियुक्ति की सूचना प्राधिकरण को फार्म टीपीए-6 में नियुक्ति की तारीख से 30 दिन के भीतर देगा।

8 (1आ) प्रत्येक टीपीए शाखाएँ प्रारंभ करने और बंद करने अथवा पंजीकृत या शाखा कार्यालय के परिवर्तन की सूचना इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-7 में परिवर्तन की तारीख से 15 दिन के भीतर देगा।"

(iv) विनियम 11(4) के बाद एक नया विनियम

11(5) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

11(5) जहाँ प्राधिकरण टीपीए के रूप में कार्य करने के लिए आवेदक के लाइसेंस का नवीकरण करने का निर्णय करता है, वहाँ प्राधिकरण इसे इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-2अ में जारी करेगा।

लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी करने के लिए आवेदन

(v) विनियम 12 निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"जहाँ प्राधिकरण द्वारा प्रदत्त लाइसेंस खो जाता है अथवा कटा-फटा है, वहाँ प्राधिकरण टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-8 में प्रस्तुत आवेदन के साथ रु. 1000 (एक हजार रुपये मात्र) का भुगतान किये जाने पर लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी कर सकता है।"

विविध उपबंध

(vi) विनियम 24(2) के बाद एक नया विनियम 24 (2अ)

निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

"टीपीए प्रत्येक महीने की समाप्ति से 15 दिन के भीतर फार्म टीपीए 4 (7अ) में दावों के डेटा से संबंधित मासिक सूचना दाखिल करेगा।"

(vii) लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन का फार्म टीपीए-1 हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-1 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(viii) फार्म टीपीए-3-लाइसेंस हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-3 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(ix) फार्म 4(1) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(1) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(x) फार्म 4(2) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(2) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(xi) फार्म 4(7) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(7) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

## लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन

प्रयोजन और आवृत्ति

यह फार्म नये लाइसेंस हेतु आवेदन करने के लिए टीपीए द्वारा प्रस्तुत किया जाता है। यह फार्म आईआरडीए को प्रस्तुत किया जाता है।  
 यह फार्म अधिनियमित अंतरालों के आधार पर कुछ अतिरिक्त सूचना के साथ वर्तमान टीपीए 1 फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।  
 यह फार्म जब कभी नये टीपीए लाइसेंस के लिए कंपनियों आवेदन करती हैं तब प्रयुक्त किया जाता है।

## बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

1. आवेदकों का विवरण

i. आवेदक का नाम

ii. पते का विवरण, कंपनी का पंजीकृत कार्यालय

पता 1:

पता 2:

पता 3:

पिन कोड:

जिला:

राज्य:

देश:

नगर/शहर/गाँव:

iii. संपर्क का विवरण

फोन 1:

फोन 2:

फैक्स:

ई-मेल:

वैकल्पिक ई-मेल:

2. आवेदक कंपनी का विवरण

क) कंपनी के रूप में संस्थापन की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

ख) संजीकरण संख्या :

ग) पूँजी संरचना :

विवरण	
ब्योरा	
प्राधिकृत पूँजी	
चुक्ता पूँजी	

निर्गत शेयर विवरण

नाम	शेयरों की संख्या	सुस्पष्ट संख्याएँ	अंकित मूल्य	कुल राशि

घ) विदेशी प्रवर्तकों द्वारा शेयरधारिता की सीमा

नाम	शेयरों की संख्या	सुस्पष्ट संख्याएँ	अंकित मूल्य	कुल राशि

ड) स्थापन (मेमोरेण्डम) और संस्था के अतिरिक्तियों (एओए) की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ

स्थापन (मेमोरेण्डम)

संस्था के अतिरिक्तियों (एओए)

आउज करे

आउज करे

च) प्रवर्तकों के नाम और उनकी गतिविधियाँ

नाम	पता	योग्यता	अनुभव	वर्तमान व्यवसाय	टिप्पणी

छ) वर्तमान व्यावसायिक कार्यकलाप

ज) लाइसेंस के लिए आवेदन का पहले का कोई पूर्ववृत्त

आवेदन संख्या :

प्रस्तुत करने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

आवेदनपत्र की स्थिति :

कारण

3. निदेशकों का विवरण

निदेशक का नाम	आयु	पता	डॉक्टर	पंजीयन	अन्य	मोबाइल	ई-मेल	योग्यता

[illegible]

#### 4. सीईओ और सीएओ का विवरण

- i. नाम :
- ii. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)
- iii. जन्मस्थान :
- iv. पता और संपर्क का विवरण :
  - पता 1 :
  - पता 2 :
  - पता 3 :
  - पिन कोड :
  - नगर/शहर/गाँव :
  - जिला :
  - राज्य :
  - देश :
  - टेलीफोन संख्या :
  - फैक्स संख्या :
  - ई-मेल :

v. पासपोर्ट / पहचान-पत्र संख्या :  
जारी करने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)  
जारी करने का स्थान :  
समाप्त होने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)  
जारीकर्ता प्राधिकारी :

[illegible]

## च. शैक्षिक योग्यता का विवरण

संस्थान का नाम	विश्वविद्यालय संबद्धता	पंजीयन सं./ उपाधि विवरण	कार्यक्रम विवरण	अध्ययन किये गये पाठ्यक्रम का नाम	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	अंक

## छ. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त अंक	भारतीय बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या

## ज. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	प्रशिक्षण की अवधि	प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष	जारी किया गया प्रमाणपत्र

## 5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :

पंता 2 :

पंता 3 :

पिन कोड :

नगर/शहर/गाँव :

जिला :

राज्य :

देश :

ग) चिकित्सकीय योग्यता

पाठ्यक्रम का नाम	संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	उपाधि प्रमाणपत्र

6. प्रस्तावित विभिन्न सेवाओं के लिए आवेदक कंपनी के द्वारा प्रभारित किये जानेवाले प्रस्तावित शुल्क और लागतों की अनुसूची

(कृपया ब्योरा प्रस्तुत करें)

शुल्क की अनुसूची	प्रभारित किया जानेवाला शुल्क	शुल्क की दर	शुल्क लगाने के लिए विशिष्ट सेवाएँ

7. घोषणा

क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।

ख) मैं स्वयं क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक दुर्विनियोजन अथवा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अव्यप्रेरित करने अथवा प्रयास करने का दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ग) मैं स्वयं क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा विक्षिप्त नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

घ) मैं बेईमानी से किसी भी बोरखबड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बीमाकृत व्यक्ति अथवा बीमाकर्ता के विरुद्ध गलतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ङ) मेरे पास बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण है।

च) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।

छ) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।



ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संग्रहीत जानी जा सकती है।

झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :

655 GI/13-3

[illegible]

जब कभी आवश्यक हो

लाइसेंस के नवीकरण के लिए आवेदन (टीपीए द्वारा प्रस्तुत किये जाने हेतु)

## प्रयोजन और आवृत्ति

यह फार्म लाइसेंस के नवीकरण के लिए टीपीए द्वारा प्रस्तुत किया जाता है।

यह फार्म वर्तमान टीपीए-3 फार्म को पुनः बनाया गया रूप है ।

इस फार्म की आवृत्ति तब है जब कभी लाइसेंस के नवीकरण के लिए दीपीए आवेदन करते हैं।

## बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

**लाइसेंस के नवीकरण के लिए आवेदन**

### 1. आवेदकों का विवरण

**i. आवेदक का नाम**

[illegible]

**ii. पते का विवरण**

**पत्ता 1 :**

**पत्ता 2 :**

**पत्ता 3 :**

**पिन कोड :**

॥

**राज्य :**

॥३॥

**नगर/शहर/गाँव :**

### iii. संपर्क का विवरण

**फोन 1 :**

**फोन 2 :**

**फिक्स :**

**ई-मेल :**

**वैकल्पिक ई-मेल :**

घ) पेँजी संरचना

[illegible]

द) ब्रिटिशी पर्वतकों द्वारा शेयरधारिता की सीमा

[illegible]

झाड़ज करे  
झाड़ज करे

च) ज्ञापन (मेमोरैण्डम) और एओए की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ  
ज्ञापन (मेमोरैण्डम)  
संस्था के अंतर्नियम (एओए)

छ) प्रवर्तकों के नाम और उनकी गतिविधियाँ

नाम	पता	योग्यता	अनुभव	वर्तमान व्यवसाय	टिप्पणी

3. निदेशकों का विवरण

निदेशक का नाम	आयु	पता	अन्य निदेशन	मोबाइल	ई-मेल	योग्यता

4. सीईओ और सीएओ का विवरण

क. नाम :  
ख. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)  
ग. जन्मस्थान :  
घ. पता और संपर्क का विवरण :  
पता 1 :  
पता 2 :

655 GT/12-11

[illegible]

## ज. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त अंक	बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या

## झ. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	प्रशिक्षण की अवधि	प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष	जारी किया गया प्रमाणपत्र

## 5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :

पता 2 :

पता 3 :

पिन कोड :

नगर/शहर/गाँव :

जिला :

राज्य :

देश :

## ग) चिकित्सकीय योग्यता

पाठ्यक्रम का नाम	संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	उपाधि प्रमाणपत्र संख्या
------------------	----------------	-------------------	-------------------	-----------------------	-------------------------

6. विलंब से प्रस्तुत करने की स्थिति में कृपया विलंब के लिए कारण लिखें।									

## 7. घोषणा

- क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।
- ख) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक दुर्विनियोजन अथवा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अवरोधित करने अथवा प्रयास करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।
- ग) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा विक्षिप्त नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।
- घ) मैं बेईमानी से किसी भी धोखाधड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बीमाकृत व्यक्ति अथवा बीमाकर्ता के विरुद्ध गलतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।
- ङ) मेरे पास बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण है।
- च) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।
- छ) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।
- ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है।
- झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :



दीपीए के प्रशासनिक विन्यास का विवरण

## प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी टीपीए के वर्तमान प्रशासनिक विन्यास का अभिग्रहण करती है। इस फार्म में निदेशकों, सीईओ और सीएओ से संबंधित डेटा सम्मिलित है। आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(1) में की गई अपेक्षानुसार इस फार्म से संगृहीत डेटा का उपयोग टीपीए के प्रशासनिक विन्यास में होनेवाले परिवर्तन रखने

के लिए किया जाएगा ।

इस विवरणी की आवृत्ति वार्षिक है।

## फिल्टर और मानदंड

[illegible]

## मुख्य कार्यपालक अधिकारियों (सीईओ) का विवरण

#	सीईओ का नाम	आयु	पता	सीईओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख	अर्हता	सीईओ के रूप में निर्गम की तारीख	टेलीफोन सं.	ई-मेल
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ

## मुख्य प्रशासन अधिकारियों (सीएओ) का विवरण

#	सीएओ का नाम	आयु	पता	सीएओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख	अर्हता	सीएओ के रूप में निर्गम की तारीख	टेलीफोन सं.	ई-मेल
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ

## लेखा-परीक्षकों का विवरण

#	विवरण	लेखा-परीक्षक का नाम	पता	नियुक्ति की तारीख	टिप्पणी	टेलीफोन सं.	ई-मेल
1	आंतरिक लेखा-परीक्षक						
2	सांविधिक लेखा-परीक्षक						

[illegible]



[illegible]

655 GI/13-6

विवरण टीपीए 4 (7अ)

मासिक

## अन्य पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) के लिए दावों का डेटा

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी टीपीए के लिए दावों का डेटा प्राप्त करती है। यह फार्म पॉलिसीधारकों से दावों, अस्पतालों से दावों और समग्र स्तर पर दावों का अभिग्रहण करता है।

यह फार्म टीपीए वार्षिक रिपोर्ट में वर्तमान दावा डेटा संग्रहण फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।

नया फार्म आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(7) की अपेक्षानुसार टीपीए के लिए दावों के डेटा के बारे में अधिक विस्तृत स्तरीय सूचना का अभिग्रहण करता है।

इस विवरणी की आवृत्ति मासिक है।

फिल्टर और मानदंड

महीना

बीमाकर्ता

टीपीए

ऐसे उदाहरणों की संख्या जब निर्गम (फ्लोट) की पुनः पूर्ति 7 दिन से आगे की गई

राशि भारतीय रुपयों में

#	विवरण	नकदी-रहित दावे		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
		क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	महीने के प्रारंभ में लंबित दावे								
2	महीने के दौरान पंजीकृत नये दावे								
3	पूर्णतः निपटारा गया और सरकारी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा								
4	पूर्णतः निपटारा गया और निजी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा								
5	अंशतः निपटारे गये दावे								
6	अस्वीकृत दावे								
7	अन्य कारणों से बंद किये गये दावे								
8	पुनः प्रारंभ किये गये दावे								
9	महीने के अंत में लंबित दावे								

## लंबित दावों की समय-स्थिति\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	1 महीने से कम अवधि के लिए लंबित दावे								
2	1-3 महीने के लिए लंबित दावे								
3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे								
4	6-12 महीने के लिए लंबित दावे								
5	1-2 वर्ष के लिए लंबित दावे								
6	2 वर्ष से अधिक अवधि के लिए लंबित दावे								

\*पहली सूचना की तारीख से संगणित

## निपटारे गये दावों की समय-स्थिति\*\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	एक महीने से कम समय में निपटारे गये दावे								
2	2-3 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
3	3-6 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
4	6-12 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
5	1-2 वर्ष के अंदर निपटारे गये दावे								
6	2 वर्ष से अधिक समय में निपटारे गये दावे								

\*\*अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

## अस्वीकृत दावों की समय-स्थिति\*\*\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	एक महीने से कम समय में अस्वीकृत								





[illegible]

[illegible]





	निर्देशक 1 के निर्दिष्ट हस्ताक्षर
	निर्देशक 1 का नाम
	निर्देशक 1 का पद / पदनाम
	निर्देशक 2 के निर्दिष्ट हस्ताक्षर
	निर्देशक 2 का नाम
	निर्देशक 2 का पद / पदनाम
	तारीख

प्रश्न क्रमांक	जब कभी
आपका कार्यालय संचालित करने के लिए प्रयोग होने वाले कार्योन्मुख परिवर्तनों में क्या परिवर्तन आया?	
प्रयोजन और उद्देश्य यह फार्म एक टीपीए के लिए एक शीखा और वंजीकृत कार्यालय के विवरण देने के लिए प्रयोग किया जाता है।	
आवृत्ति है जब कभी	
किन्हेटर और मापदण्ड	आवृत्ति की तारीख में
	टीपीए
साक्षात्कारकर्ता द्वारा विवरण	

[illegible]



	निवेदन	
	ई - मेल	
	डिजिटल ई - मेल	
	2. जांचक के सफाई का विवरण	
	टोपीए लाइसेंस नं.	
	खाताधार की तारीख	
	ग) समाप्ति की तारीख	
	3. नए आवेदन / प्रमाण पत्र के मुस्तान के लिए कारण	
	हमारे विवरण	
	की ओर है	
	निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर	
	निदेशक 1 का नाम	
	निदेशक 1 का शीर्षक / पदनाम	
	निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर	
	निदेशक 2 का नाम	
	निदेशक 2 का शीर्षक / पदनाम	
	तारीख	

## INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

## NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority  
(Third Party Administrators-Health Services) (First Amendment) Regulations, 2013

F. No. IRDA/Reg./9/67/2013.—In exercise of the powers conferred by section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with sections 14 and 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999), the Authority in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:-

**Short title and commencement**

1. (1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrators-Health Services) (First Amendment) Regulations, 2012

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

**2. Conditions and Procedure for licensing of TPA****(ii) Reg. 3(7) is substituted by the following:**

*"A TPA shall seek prior approval of the Authority for change in the shareholding exceeding 5% of its paid-up share capital, whether by way of transfer of existing shares or by way of fresh issue of shares to either new or existing shareholders. The application for approval of such change shall be made by the TPA to the Authority in form TPA-5. A return in form TPA-5A shall be filed by all the TPAs within 30 days of the end of each quarter, indicating the details of their shareholding pattern".*

Explanation- For the purpose of this sub-regulation "working capital" means the difference between the aggregate of the current assets and current liabilities as on the date of reckoning.

**(iii) the following Regulations are inserted after Regulation 8(1) as under**

*"8. (1A) Every TPA shall intimate the appointment of a new Chief Executive Officer or Chief Administrative Officer or Director to the Authority in the form TPA-6 within 30 days of the date of the appointment.*

*(8(1B) Every TPA shall intimate the opening and closing of the branches or change of registered or branch office within 15 days from the date of change in form TPA-7 appended to these Regulations."*

**(iv) A new Regulation 11 (5) is inserted after Regulation 11(4) as under**

11(5) Where the Authority decides to renew the license of the applicant to act as TPA, it shall issue the same in Form TPA-2A appended to these regulations.

**Application for issue of a duplicate license****(v) Regulation 12 is substituted by the following:**

*"Where a licence granted by the Authority is lost or mutilated, the Authority may issue a duplicate licence on payment of Rs. 1000- (Rupees One Thousand Only) accompanied by an application in form TPA-8 made by the TPA."*

**MISCELLANEOUS PROVISIONS****(vi) A new regulation 24 (2A) is inserted after regulation 24 (2) as under**

*"TPA shall file monthly information relating to Claims DATA in Form TPA 4 (7A) within 15 days from end of each month."*



(vii) Form TPA -1 Application of the Grant of License is withdrawn and substituted with Form TPA-1 attached.

(viii) Form TPA-3- License is withdrawn and substituted with Form TPA-3 attached

(ix) Form- 4(1) is withdrawn and substituted with Form TPA- 4(1)- Attached

(xi) Form 4(2) is withdrawn and substituted with Form TPA- 4(2)-Attached

(xii) Form 4 (7) is withdrawn and substituted with Form TPA4 (7) attached

**J. HARI NARAYAN, Chairman**

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

FORM TPA 1

### As and When

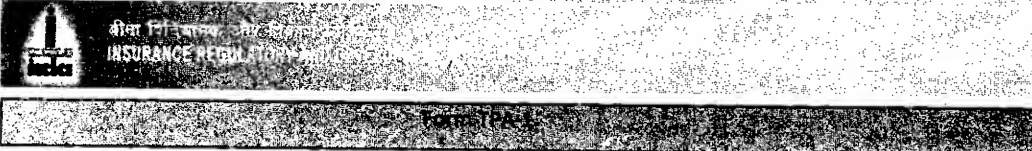
### Application for grant of license

### Purpose and frequency

This form is submitted by the TPAs for applying new license. This form is submitted to IRDA.

This form is re-engineered based on the existing TPA-1 form with some additional information on the basis of the gaps identified. This form is used as a reference only and not for submission.

**This form is used as and when companies apply for new TPA license**



Amount in INR

### 1. Particulars of applicants

**I. Name of applicant**

[illegible]

ii. Address details: Registered Office of the company

Address 1																								
Address 2																								
Address 3																								
Pin Code				City/Town/Village																				
District																								
State																								
Country																								

### Hit, Contact Details

Phone 1	
Phone 2	
Fax	
e-mail	
alternate e-mail	

## 2. Details of applicants company

a) Date of incorporation as company

**◎ 俗文化語彙 · 一**

b) Registration No.

### c) Capital Structure

Particulars	Details
Authorized Capital	
Paid Up Capital	

**Issued Share Details**[illegible]

#### d) Extent of Shareholding by Foreign Promoters

655 GI/13-9

**Date of Expiry**



## 7. Declaration

- a) I am not a minor  
 b) I have not been found guilty of criminal misappropriation or criminal breach of trust or cheating or forgery or an abetment of or attempting to commit any offence by a court of competent jurisdiction  
 c) I have not been found to be unsound mind by a court of competent jurisdiction  
 d) I have not been found guilty of or knowingly participated in or connived at any fraud dishonestly or misrepresentation against an insured or an insurer  
 e) I possess requisite qualifications and practical training as specified by Insurance Regulatory and Development Authority  
 f) I have passed such examinations as specified by Insurance Regulatory and Development Authority  
 g) I have not violated the code of conduct specified by Insurance Regulatory and Development Authority  
 h) I warrant that I have truthfully and fully answered the questions above and provided all the information which might reasonably be considered relevant for the purpose of my license  
 i) I declare that the information supplied in the application form is complete and correct

For the benefit of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1

Title/Designation of Director 1

Digital signature of Director 2

Name of the Director 2

Title/Designation of Director 2

Date

D D M M Y Y Y Y

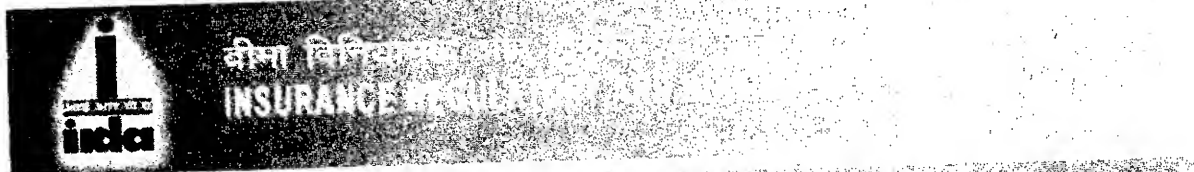
Form TPA-2A

As and When

## Certificate of Renewal of License (provided by IRDA)

## Purpose and frequency

This form is provided by IRDA as an acknowledgement of the renewal of license to TPAs.  
 The frequency of this form is as and when IRDA grants TPA license.



Form TPA-2A

License No.

1. In exercise of the powers enjoined on the Authority, it hereby renews the license of .....  
 ..... to act as Third Party Administrator.

2. This License shall be valid from

to

4. This license is subject to the Insurance Regulatory and Development Authority, Act 1999 (4 of 1999), Insurance Act 1938 (4 of 1938) and Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrator) Regulations, 2001 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules and regulations.

Place

Date

For and on behalf of Insurance Regulatory and  
 Development Authority

As and When



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण  
INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

Amount in INR

## 1. Particulars of applicants

I. Name of applicant

## II. Address details

Address 1

Address 2

Address 3

Pin Code

City/Town/Village

District

State

Country

## III. Contact Details

Phone 1

Phone 2

Fax

e-mail

alternate e-mail

## 2. Details of applicants company

a) TPA License No.

b) Date of license

c) Date of Expiry

c) Capital Structure

Authorized Capital

Paid Up Capital

## Issued Share Details

Name	No. of Shares	Authorized Capital	Amount	Total Amount

## d) Extent of Shareholding by Foreign Promoters

Name	No. of Shares	Authorized Capital	Amount	Total Amount

## e) Certified copies of Memorandum and AOA

Memorandum

AOA

## f) Name and activities of the promoters

Name	Address	Shareholding	Amount	Expected Contribution	Remarks

REG-1/12-10

### Yearly

## Details of TPA Administrative Configuration

**Purpose and frequency**  
The return captures the existing administrative configuration of TPA. This form includes data on directors, CEOs and CEOs.  
The data captured from the form will be used to track the changes in the administrative changes in the TPAs.  
As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(1)  
The frequency of this return is yearly

### Filters and Parameters

Year

TPA Name

### Directors' Details

[illegible]

### CEOs' Details

Sl. No.	Name of CEOs	Age	Address	Date of joining as CEO	Qualification	Date of Exit as CEO'S	telephone no	e-mail
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								

### Chief Administrative Officers' Details

[illegible]

### Auditor's Details

#	Particulars	Name of Auditor	Address	Date of appointment	Remarks	telephone no	e-mail
1	Internal Auditor						
2	Statutory Auditor						



Return to 123

**Yearly**

**TPA Contract Details**

### Purpose and frequency

This return is capturing the data on the contracts of TPAs with insurers and hospitals/doctors along with the data on claims processed during previous year  
As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(2)  
The frequency of this return is monthly

AS required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(2)  
The form is to be filled

The frequency of this return is yearly

### Filters and Parameters

**Year**

\_\_\_\_\_

TPA Name

\_\_\_\_\_

### Contract Details

										Amount in INR
Sl. No.	Description of the work	Unit	Quantity	Rate	Amount	Sl. No.	Description of the work	Unit	Quantity	Amount
1	Excavation of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	1	Excavation of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
2	Backfilling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	2	Backfilling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
3	Compaction of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	3	Compaction of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
4	Graveling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	4	Graveling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
5	Concrete work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	5	Concrete work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
6	Plastering of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	6	Plastering of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
7	Painting of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	7	Painting of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
8	Electrical work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	8	Electrical work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
9	Sanitary work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	9	Sanitary work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
10	Other work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	10	Other work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
11	Excavation of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	11	Excavation of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
12	Backfilling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	12	Backfilling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
13	Compaction of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	13	Compaction of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
14	Graveling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	14	Graveling of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
15	Concrete work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	15	Concrete work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
16	Plastering of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	16	Plastering of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
17	Painting of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	17	Painting of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
18	Electrical work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	18	Electrical work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
19	Sanitary work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	19	Sanitary work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000
20	Other work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	100	10000	20	Other work of 100 sq. ft.	Sq. ft.	100	10000

**Enumeration Details of standing arrangement with Hospitals/Doctors**

[illegible]

## Yearly

### Filters and Parameters

Name of TPA

[illegible]



## Monthly

## Purpose and frequency

This return captures the claims data for TPAs. The form captures the claims from policyholders, claims from hospitals and claims in aggregate level. This form is re-generated on the basis of the existing claims data collection form in TPA Annual report.

The new form captures more detailed level information about the claims data for the TPAs as required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(7). The frequency of this return is monthly.

## Filters and Parameters

Year

Month

TPA

Insurer

No. of instances when the float was replenished beyond 7 days

		Cashless Claims		Reimbursement		Benefit Based		Amount in INR	
#	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month								
3	Claim settled Fully and serviced by Government Hospital								
4	Claim settled Fully and serviced by Private Hospital								
5	Claims settled partially								
6	Claims repudiated								
7	Claims closed due to other reasons								
8	Claims reopened								
9	Claims pending at the end of the month								

## Aging of pending claims\*

n	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
		a	b	a	b	a	b	a	b
Column Code									
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	claims pending for more than 2 years								

\* Reckoned from date of first intimation

\* Reckoned from date of first intimation

## Aging of settled claims\*\*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
		a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims settled within less than 1 month								
2	Claims settled within 1-3 months								
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months								
5	Claims settled within 1-2 years								
6	Claims settled within more than 2 years								

\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement

\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement

## Aging of repudiated claims\*\*\*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
		a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims repudiated within less than 1 month								
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months								
4	Claims repudiated within 6-12 months								
5	Claims repudiated within 1-2 years								
6	claims repudiated within more than 2 years								

\*\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement.

\*\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement

655 GI/13-11



**As and When**

New Addition

**Purpose and Objective**

This form is used to capture the details of the capital structure of a TPA

Frequency is as and when change occurs

**Filters and Parameters**

As on Date

TPA

**Capital Structure**

Amount in INR

#	Particulars	Amount
Column Code		a
1	Authorized Capital	
2	Issue Capital	
3	Paid Up Capital	
4	Free reserve excluding re-valuation reserve	

**FDI Details**

#	Shareholder Name	Total Equity Share Capital	Holding
Column	a	b	c
1	Indian		
2	Foreign Direct		
3	Foreign Indirect		

**Shareholder Details**Date: 

#	Category of Shareholder (Foreign Direct/Foreign Indirect / Indian)	Name of the Shareholder	Address of the shareholder	Business or Profession	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Shareholding as at end of reporting period (Amount)	Date of acquisition of shareholding during the period	Particulars of transactions in shareholding during the period
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								Purchase
2								Sale
3								
4								
5								
6								
7								

For the behalf of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1

Title/Designation of Director 1

Digital signature of Director 2

Name of the Director 2

Title/Designation of Director 2

Date

Form IV  
Application for appointment as CEO, CAO and directors

New AIO 591

Purpose of the form

This form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Authority of India, New Delhi. The form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Authority of India, New Delhi. The form is to be filled by the applicant and submitted to the Director, Insurance Regulatory and Development Authority of India, New Delhi.



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण  
INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY OF INDIA

1. Details of Directors

Name of director	Age	Nationality	Gender	Registration No.	Current Directorship	Residence No.	Other Directorship

2. Details of CEO & CAO

i. Name

ii. Date of Birth

iii. Place of Birth

iv. Address & Contact Details

Address 1

Address 2

Address 3

Pincode

City/Town/Village

District

State

Country

Telephone no.

Fax No.

e-mail

v. Passport/ Identity Card

No.

Date of issue

Place of issue

Date of expiry

Issuing Authority

vi. Employment details history

Name	Employment	Experience	Responsibility	Period

vii. Details of academic qualification

Name of the institution	Course/Qualification	Position Details	Name of course/qualification	Duration of course	Year of passing	Marks

viii. Details of Apprenticeship/Fellowship/Internship conducted by Insurance Institute of India

Name of the institute	Apprenticeship/Internship	Marks obtained	Grade/Percentage/Qualification

ix. Details of the practical training undergone in the field of Health Administration

Name of the institute	Apprenticeship/Internship	Year of undergoing the	Marks obtained

For the benefit of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1



### As and When

## Issue of Duplicate Certificate of Registration

**New Addition**

### Purpose and frequency

This form is submitted by the TPAs for applying Duplicate license. This form is submitted to IRDA.

This form is submitted by the TPA for applying Duplicate license. This form is submitted to IMA.  
This form is re-generated based on the existing TPA-1 form with some additional information on the basis of the gaps identified from the Duplicate TPA license

This form is used at and when companies apply for Duplicate TPA license



वीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT

Amount in INR

### 1. Particulars of applicant

i. Name of applicant

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

### ii. Address details

Address 1

Address 2

Address 3

Pin Code

City/Town/Village

District

State

Country

### iii. Contact Details

Phone 1

Phone 2

Fax

**e-mail**



alternate e-mail	
<b>2. Details of applicant's license</b>	
a) TPA License No.	
b) Date of license	
c) Date of Expiry	
3. Reason for loss of the original licence / certiff@box <input type="radio"/> Mutilated	
Loss Description	
For the behalf of	
Digital signature of Director 1	
Name of the Director 1	
Title/Designation of Director 1	
Digital signature of Director 2	
Name of the Director 2	
Title/Designation of Director 2	
Date	